Aus der chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses
zu Hamburg.
(Leiter: Professor Dr. Urban.)

Darmverletzungen durch stumpfe Gewalt.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Paul Nebler,
Assistenzarzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Die Differentialdiagnose zwischen einfacher Bauchkontusion und Darmzerreißung ist oft im Anfangsstadium schwierig. Durchaus unzuverlässig für die Beurteilung ist der Allgemeinzustand; dagegen sprechen namentlich wiederholtes Erbrechen, brettharte Bauchdeckenspannung, sowie zunehmender Druckschmerz für Darmverletzung. Die einzige Therapie ist rasche Operation (Defektnaht), möglichst vor Beginn der Peritonitis. Die Prognose ist in den ersten 6 Stunden post trauma recht gut, nach 24 Stunden infaust.

Die von 1905—1920 hier beobachteten 11 Fälle von Darmverletzungen betrafen stets — mit Ausnahme zweier Knaben — körperlich arbeitende Männer im Alter von 18—47 Jahren und waren nur bedingt durch zirkumskripte Gewalt — 4 mal durch Hufschlag. Stets war der Dünndarm betroffen; 3 mal handelte es sich um Quetschungsruptur — rundliche linsen- bis pfennigstückgroße Defekte mit unregelmäßigem Rand —, 2 mal um vollständigen, scharfen Abriß durch Zug; eine typische Berstungsruptur war mit Sicherheit nicht feststellbar. Bei diesen 5 Fällen wurde die Diagnose bei der Aufnahme gestellt und sofort operiert (3, 12 und 20 Stunden post

trauma); 3 wurden geheilt. Einmal war gar kein Darminhalt in die Bauchhöhle ausgetreten, obwohl das 2 Stunden nach der Mahlzeit erfolgte Trauma 3 Stunden zurücklag —, es handelt sich hierbei um einen typischen Abriß unweit der Flexura duodenojejunalis, wobei die lumenverengende Kontraktion der Ringmuskulatur und der durch die Retraktion der Längsmuskulatur bewirkte Schleimhautprolaps oft einen mehrstündigen Defektverschluß bilden —; 2 mal bestand bereits beginnende Peritonitis, so daß tamponiert werden mußte; 2 Fälle, die bei der Aufnahme (26 und 48 Stunden p. tr.) eine diffuse Peritonitis aufgewiesen hatten, starben trotz sofortiger Naht der Perforation und Drainage der Bauchhöhle. 6 Fälle wurden zunächst exspektativ behandelt, und zwar handelte es sich bei 3 von ihnen, die 1–2 Tage nach der Verletzung bei gutem Allgemeinbefinden im Krankenhaus aufgenommen wurden, um einen Kotabszeß bezw. zirkumskripte Peritonitis, die einige Tage später operiert wurden; offenbar lag hierbei nur eine traumatische Darmwandschädigung mit folgender Bakteriendurchwanderung vor — jedenfalls wurde keine Perforation sichtbar. Durch Drainage des von der übrigen Bauchhöhle durch ausgiebige Adhäsionen abgegrenzten Eiterherdes kam es jedesmal zur Heilung. Bei 3 Fällen erfolgte offenbar sekundäre Perforation des traumatisch geschädigten Darms; 2 davon wurden wenige Stunden nach der Verletzung eingeliefert. Der eine befand sich noch im Shok. Das Abdomen war weich, doch auch schmerzhaft in Appendixgegend. Da sich der Zustand in wenigen Stunden besserte, wurde abgewartet. Nach mehrmaligem Erbrechen trat erst am 3. Tage p. tr. plötzliche Verschlimmerung unter beginnenden Zeichen von Peritonitis ein. Die sofortige Laparotomie ergab eine einhalb-

pfennigstückgroße Perforation, deren Naht zur Heilung führte.

Der zweite Fall ist ein Beispiel für die große diagnostische Bedeutung der Bauchdeckenspannung. Trotzdem diese stark ausgeprägt war, wurde wegen des guten Zustandes — es fehlte jedes andere Symptom, auch Erbrechen — abgewartet. 2 Tage später trat nach Erbrechen erhebliche Verschlimmerung auf. Bei der sofortigen Laparotomie zeigte sich an der Flexura duodenojejunalis eine linsengroße Darmöffnung, die wegen Morschheit des Gewebes nicht vernäht werden konnte. Da die Resektion des verletzten Darmstücks bei dem schlechten Zustand aussichtslos erschien, wurde tamponiert, der Exitus erfolgte am selben Tage. Beim 3. Fall, der erst 4 Tage p. tr. mit geringer Bauchspannung und Druckschmerzhaftigkeit aufgenommen wurde, trat am 6. Tage plötzliche Verschlimmerung mit starker Rektusspannung und großem Schmerz ein. Auch hier trat trotz sofortiger Laparotomie und Drainage der Exitus ein. Diese letzten Fälle zeigen, wie vorsichtig die Prognose bei anfangs als einfach erscheinenden Bauchkontusionen zu stellen und wie hoch die Bedeutung von Bauchdeckenspannung und Erbrechen als mahnender Vorboten einer drohenden Komplikation zu werten ist.